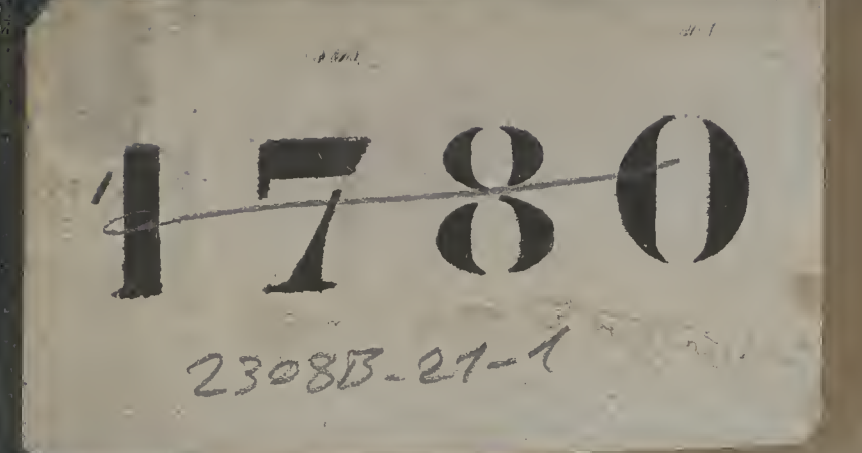

1780
23088-21-1

1282

ÉTUDE ANATOMIQUE

SUR

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

COUPES APRÈS CONGÉLATION

C. CHAMPETIER DE RIBES
ACCOUCHEUR DE L'HOTEL-DIEU

HENRI VARNIER
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE
1899

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ÉTUDE ANATOMIQUE

SUR

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

COUPES APRÈS CONGÉLATION

D'UNE MULTIPARE MORTE D'HÉMORRAGIE, A LA FIN DE LA GROSSESSE

PAR

C. CHAMPETIER DE RIBES
ACCOUCHEUR DE L'HOTEL-DIEU

HENRI VARNIER
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE



7 PLANCHES HORS TEXTE EN PHOTOTYPIE ET 6 SIMILIGRAVURES EXPLICATIVES

(GRANDEUR NATURELLE)

1780

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

AVANT-PROPOS

Il existe actuellement si peu de documents anatomiques sur l'Insertion vicieuse du Placenta que tout travail de synthèse sur cette question serait prématuré.

Ce que nous présentons ici c'est une étude purement analytique : représentation photographique et description de coupes obtenues, après congélation, sur le cadavre d'une multipare en travail, morte d'hémorragie dans les circonstances suivantes, consignées *in extremis* par l'interne du service, M. Magniaux :

« G..., femme de ménage, âgée de 29 ans, multipare, est apportée à la Maternité de l'hôpital Tenon, le 30 juin 1893, à 6 heures du matin. Elle perd du sang depuis la veille dans la soirée; la perte n'a pas cessé de toute la nuit; ce matin elle est moins abondante.

« Au moment de son entrée, G..., est dans un état très précaire. Les téguments sont décolorés; la malade est couchée sur le côté, remue avec peine et se prête difficilement à l'examen. Le pouls est inappréciable.

« *Toucher.* — Le col est incomplètement effacé, mou, laissant pénétrer facilement deux doigts. Au moment des contractions les membranes bombent à travers l'orifice; on sent *à droite, à travers les membranes,* une tête petite, mobile, incomplètement engagée; *à gauche* on sent une masse molle, épaisse, s'étendant surtout en arrière.

« Dans toute la partie ombrée (Pl) du schéma ci-contre (fig. 1) on sentait le Placenta. Dans la partie claire (M) on sentait la tête à travers les membranes.

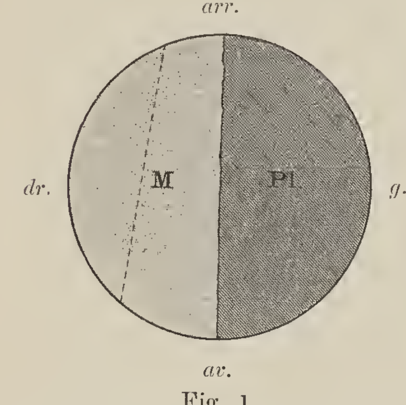


Fig. 1.
L'orifice utérin vu de haut et d'avant pendant une contraction.

« L'interne du service, M. Magniaux, rompit les membranes avec le doigt et agrandit ensuite l'ouverture autant qu'il put. Le tracé de cette déchirure est figuré en pointillé sur le schéma ci-contre. Par cette ouverture il s'écoula du liquide amniotique et tout écoulement sanguin cessa.

« On fit ensuite la toilette des organes génitaux; on enveloppa la malade dans des couvertures chaudes et on la porta à la salle de travail. Elle s'affaiblit de plus en plus et mourut *au bout de quelques instants.* »

Tout cela s'était fait en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire. La brusquerie du dénouement a rendu impossible la prise des renseignements commémoratifs aussi bien que tout traitement de l'anémie aiguë.

On n'eut même pas le temps de préparer ce qui est nécessaire à la transfusion, pourtant très simple, de sérum artificiel.

L'enfant étant mort, l'interne se garda de toute intervention par les voies naturelles ou par opération césarienne; et c'est dans l'attitude même où il fut surpris par la mort que la congélation,

commencée 12 heures plus tard et prolongée durant trois fois 24 heures, nous a permis d'étudier l'utérus en place avec son contenu.

Nous avons fait une seule coupe, médiane, verticale, antéro-postérieure, dont nous allons successivement décrire les deux tranches.

DESCRIPTION DES COUPES

Planche I.

MOITIÉ GAUCHE

On en a extrait le segment fœtal qu'elle renfermait, afin de montrer la moitié gauche de la cavité utérine et la plus grande partie du Placenta qui s'y trouve insérée.

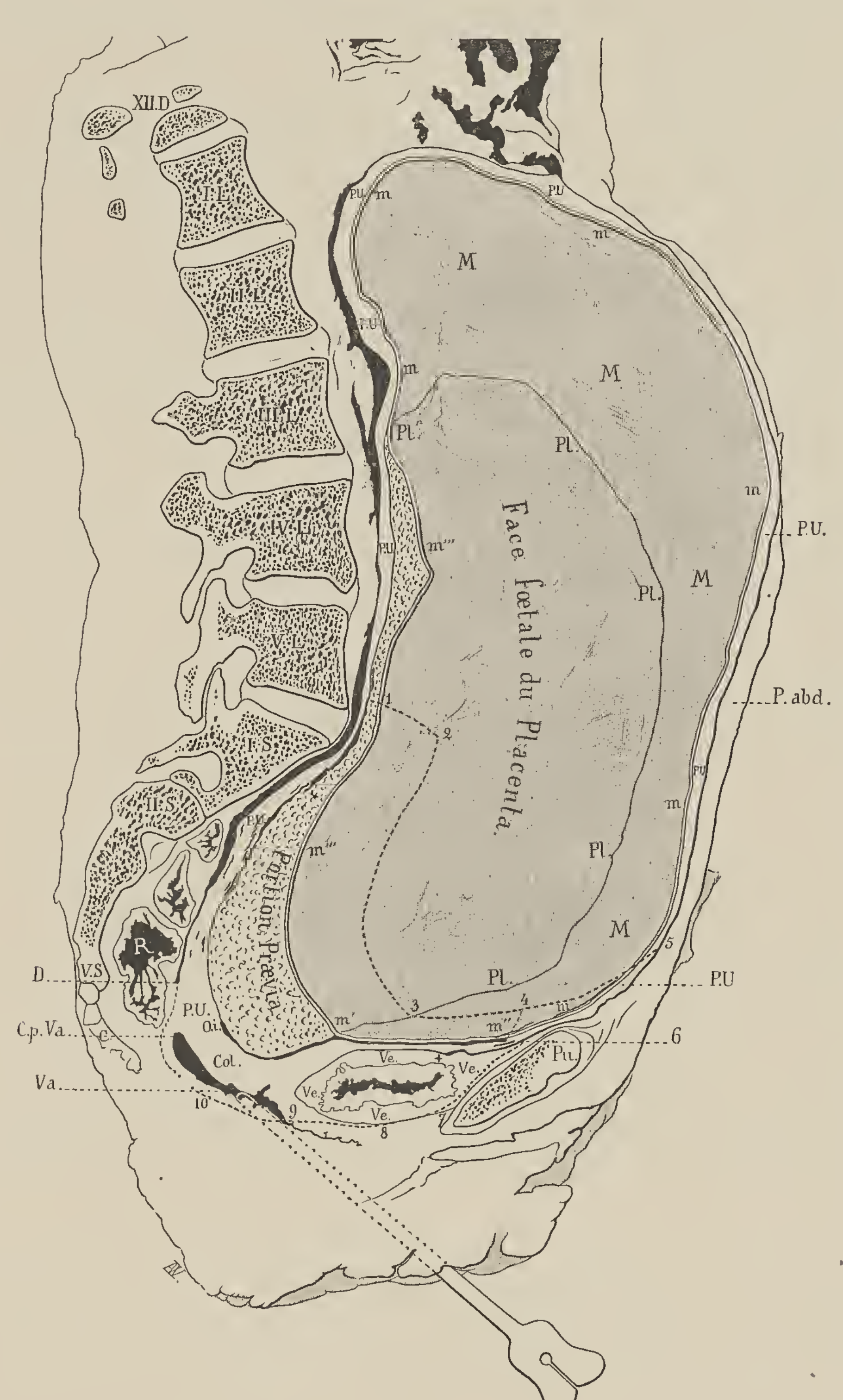


Fig. 2.

Calque, réduit à moitié, de la moitié gauche de la coupe (vide du fœtus) représentée planche I. La cavité de l'œuf est teintée en gris. Une sonde cannelée indique la situation et la direction du vagin, parallèle au plan du détroit supérieur et resté en majeure partie à gauche du plan de section.

XII. D, 12e vertèbre dorsale. — *I, II, III, IV, V. L,* vertèbres lombaires, tranchées un peu à droite du plan médian, au niveau de leurs masses articulaires. — *I, II. S,* 1re et 2e vertèbres sacrées. — *V. S,* pointe du sacrum. — *C,* coccyx. — *Pu,* pubis.

P. abd, paroi abdominale (moins la peau).

PU, PU, etc., paroi utérine.

D, Douglas. — +, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Ve, vessie. — *Va,* vagin. — *Cp. va,* sou cul-de-sac postérieur.

Oi, lèvre postérieure de l'orifice interne du col, limite du décollement placentaire. — La lèvre antérieure de cet orifice interne répond au point *m'* — en *4,* à la hauteur de *m''*, dans l'épaisseur de la paroi, coupe de la veine dite circulaire, limite antérieure du segment inférieur.

m', m'', membranes extra-placentaires décollées; en *m''* limite supérieure du décollement des membranes. — *m, m, m, m,* coupe des membranes extra-placentaires adhérentes. — *M, M, M, M,* amnios vu par sa face interne. — De *Pl'* à *m',* en *m''', m''',* membranes placentaires.

Pl' limite supérieure de la coupe du placenta dont *Pl, Pl, Pl, Pl,* marquent le contour et les limites dans la moitié gauche de la coupe.

Le contour pointillé partant de la surface péritonéale postérieure de l'utérus à la hauteur du bord inférieur de la 5e lombaire et marqué *1, 2, 3, 4, 5,* indique le chemin parcouru par le couteau pour pratiquer la coupe secondaire étudiée plus loin (p. 10, fig. 5). De *5 en 6,* il a suivi la fente péritonéale; de *6 à 7,* rasé la paroi postérieure du pubis; de *7 à 8,* séparé la vessie; *en 9,* rencontré le vagin pour tailler enfin à même la cloison recto-vaginale (*en 10*), détacher de la face antérieure du sacrum une portion du rectum, et aboutir enfin à la fente péritonéale rétro-utérine.

La pièce est vue debout bien qu'elle ait été (cela va de soi) congelée dans le décubitus dorsal. L'utérus, en rétroversion physiologique, repose et se moule par sa face postérieure sur la colonne lombo-sacrée.

Son fond, situé au ruban métrique, c'est-à-dire en suivant le contour de la paroi abdominale antérieure, à 30 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, correspond à la partie moyenne de la première vertèbre lombaire.

L'encoche du promontoire est bien marquée sur la paroi vertébrale. A partir de ce point la paroi postérieure du segment pelvien de l'utérus oblique fortement en arrière pour suivre d'abord la face antérieure de la 1[re] vertèbre sacrée ; à partir de l'union de la 1[re] et de la 2[e] sacrée elle sous-tend, à la façon d'une corde de 23 millimètres de flèche, la courbe sacro-coccygienne que remplit le rectum, inférieurement distendu par des matières fécales.

L'engagement du segment inférieur est à ce point prononcé *en arrière* que l'orifice externe du col se trouve à 10 centimètres au-dessous du promontoire, et à 13 millimètres au-dessus du coccyx.

Le cul de sac postérieur du vagin, distendu par un caillot, est nettement visible dans le plan sous-sacro-sous-pubien.

La vessie vide, contractée, à parois épaisses de 10 millimètres, est intra-pelvienne ; son col répond au plan sous-sacro-sous-pubien ; son sommet ne dépasse pas la moitié inférieure de la symphyse pubienne. Sa face postéro-supérieure forme, avec la moitié supérieure de la symphyse, une courbe très douce sur laquelle repose et se moule la paroi antérieure mince du segment pelvien de l'utérus.

Le col a été sectionné à 1 centimètre environ *à droite* du canal cervical que nous étudierons plus loin sur une coupe secondaire (p. 10 à 12, fig. 5 et 6).

Disons de suite, pour rendre cette planche compréhensible, que ce col est, *en avant,* incomplètement effacé ; qu'il n'en reste dans ce sens que la portion inférieure ; que la moitié supérieure, effacée par le début du travail, entre dans la constitution du segment inférieur. L'examen histologique nous a permis de reconnaître que la région de l'orifice interne correspond, en arrière, à la limite de la fente aisément suivie sous la portion du Placenta qui tend à s'engager dans le col et dans la partie supérieure du canal cervical en cours d'effacement.

Comme d'autre part l'orifice interne, sur la paroi antérieure, correspond au point *m'* (à mi-hauteur du bas-fond vésical) et que les membranes sont décollées au-delà jusqu'à 5 centimètres, on comprend qu'avant l'effacement la languette placentaire, maintenant libre d'adhérences et qui mesure ici 3 centimètres, empiétait seulement de cette étendue sur la paroi antérieure du segment inférieur. L'orifice interne correspondait à la face utérine du Placenta mais se trouvait néanmoins assez rapproché des membranes pour que, dès le début de l'ouverture de la partie supérieure du canal cervical, celles-ci y soient venues faire saillie et aient pu y être rompues.

Nous avons donc affaire à une *insertion vicieuse parfaite,* à un *Placenta prævia complet* au point de vue des sensations qu'aurait pu procurer le toucher pratiqué au début du travail. Remarquez pourtant qu'il s'agit d'un Placenta *inséré en majeure partie sur le corps de l'utérus.* Son bord supérieur se trouve en effet à trois travers de doigt du fond de l'utérus, à plus de 10 centimètres au-dessus du promontoire, à 20 centimètres au-dessus de l'orifice interne ; le Placenta n'est véritablement *prævia* que par une languette inférieure de quelques centimètres. Pour ce cas en particulier l'explication du mode de formation de la portion prævia, aux dépens du chorion cramponné à la caduque *réfléchie,* est très séduisante. C'est malheureusement tout ce qu'on en peut dire. L'examen microscopique ne permet pas, de l'avis même d'Hofmeier, à qui nous avons montré nos coupes, de trancher, à cette période du développement, cette question actuellement si débattue.

Remarquez encore que, contrairement à ce qui est généralement enseigné, la portion prævia, mettons si vous voulez la languette insérée sur le segment inférieur, *n'est pas atrophiée.* C'est au contraire la portion de beaucoup la plus développée, la plus épaisse du Placenta. L'examen histologique nous a montré que cette épaisseur n'est pas due, sinon pour la portion décollée et engagée dans le col, à la congestion résultant de la position déclive et de la compression. Les espaces intervilleux, remplis de globules sanguins, semblent plutôt moins larges, moins pleins que sur un Placenta normalement inséré. Les villosités sont remarquables par leur belle vascularisation. La caduque, de son côté, présente les signes d'une vie intense, d'une vascularisation maxima sans trace de dégénérescence anormale.

C'est bien d'ailleurs ce qui explique la mort de cette malheureuse femme à la suite d'un si minime décollement placentaire.

Il a suffi de l'ouverture de quelques mailles de cette riche éponge déciduale, en large communication avec l'espace intra-placentaire, pour que la portion du Placenta restée adhérente, continuant à recevoir l'ondée sanguine maternelle par l'énorme surface d'insertion respectée, se vidât sans arrêt par la fuite, minime pourtant, que présentait sa paroi au niveau de la portion décollée.

L'épaisseur de la tranche placentaire, intéressée par la coupe, est très différente suivant les points considérés.

Du bord supérieur où elle se termine en pointe aiguë, suivant la normale, elle croît progressivement jusqu'au bord inférieur de la 4e lombaire où elle présente un premier culmen de 10 millimètres.

Elle décroît ensuite aussi vite qu'elle a cru, pour retomber à 4 millimètres un peu au-dessus de la partie moyenne de la 1re lombaire et conserver cette épaisseur minima jusqu'au tiers supérieur de la première sacrée.

De là elle augmente de nouveau, et rapidement, pour atteindre 1 centimètre au bord inférieur de cette première sacrée, 15 millimètres au droit de l'union de la 3e avec la 4e, et 25 millimètres, son maximum, à l'union de la portion adhérente et de la portion décollée qui, par un angle arrondi, se continue avec les membranes extra placentaires de la paroi antérieure. Celles-ci sont décollées jusqu'au niveau du sommet vésical où se voit, dans la paroi utérine, la coupe aplatie d'un gros sinus veineux (limite supérieure du segment inférieur).

La paroi qui donne attache au placenta, suit, à peu de chose près, les mêmes oscillations. Elle présente son minimum d'épaisseur au droit de la 5e lombaire et du promontoire, et croît peu à peu à partir de ce point pour acquérir son maximum, 10 millimètres, à la limite inférieure de la zone d'attache. S'amincissant de nouveau sur la vessie, le pubis et l'attache des muscles droits, elle conserve, sur toute la paroi antérieure et le fond, une épaisseur moyenne plus considérable qu'au droit de la portion sus-pelvienne de la zone d'insertion.

Le bassin est normal. Le diamètre promonto-sus-pubien mesure 11 centimètres ; le conjugué minimum ou diamètre utile, 10 centimètres.

Le mi-sacro-pubien 11 centimètres.

Le promonto-sous-pubien, 115 millimètres ; la différence entre le promonto-sous-pubien et le diamètre minimum, est donc de 15 millimètres.

La hauteur de la symphyse est de 45 millimètres ; son épaisseur, de 20 millimètres.

Le sous-sacro-sous-pubien a 10 centimètres.

Le coccy-sous-pubien mesure 85 millimètres.

Légende de la figure 3.

C'est la reproduction, en similigravure, d'une photographie de la partie inférieure de la tranche droite de la coupe juxta-médiane, vide du fœtus, dont la planche II montre l'ensemble.

Pr, promontoire. — *Pu*, pubis. — *I. S.*, *II. S.*, 1re et 2e vertébres sacrées. — *R*, *R*, rectum. — *C.p. Va*, cul-de-sac postérieur du vagin. — *C. a*, *Va*, cul-de-sac antérieur du vagin. — *Va*, vagin. — *Ve*, *Ve*, *Ve*, *Ve*, vessie.

Oi, *Oi*, orifice interne, ouvert, du canal cervical dont la partie inférieure, restée dans la moitié gauche de la pièce, sera étudiée plus loin, sur une coupe secondaire (fig. 5 et 6). La portion décollée du placenta s'y engage.

c, *c*, *c*, *c* marque la ligne d'adhérence, à partir de *Oi*, du placenta à la paroi postérieure de l'utérus. *Pe'* est le revêtement péritonéal, aisé à suivre jusqu'au Douglas, de cette paroi postérieure.

a, *a*, *a*, *a*, *a*, *a*, *a* est la coupe de l'amnios placentaire et extra placentaire. Une ligne pointillée, aboutissant aux membranes décollées entre *Oi* et la *flèche à pointe basse* voisine du sommet de la vessie et de la veine dite circulaire (*S*), marque le chorion membraneux décollé de la caduque et de l'amnios.

a' a' a' bords amniotiques de la déchirure des membranes marquée d'une croix blanche — *ch*, face interne, découverte dans une certaine étendue, du chorion moins largement rompu que l'amnios.

La ligne pointillée blanche qui court ondulée, de l'attache placentaire des membranes décollées jusqu'au point *a* voisin du promontoire, correspond au bord droit du placenta. Ce dernier empiète donc fort peu dans la moitié droite de la coupe.

C, extrémité placentaire, excentrique, du cordon.

P.u, paroi utérine antérieure. — *Pe*, son revêtement péritonéal.

E, empreinte laissée par l'épaule droite du fœtus.

Planche II.

TRANCHE DROITE DE LA COUPE JUXTA-MÉDIANE, VIDE DU FŒTUS.

Nous nous sommes attachés, dans la reproduction phototypique de cette moitié droite, à mettre au point la cavité utérine, sur les parois de laquelle se trouvent ici les détails importants. Nous avons négligé, pour arriver à ce but, les détails de la coupe qui est l'exacte reproduction de la moitié gauche.

Il suffit de regarder côte à côte les planches I et II pour juger, au développement de la moitié droite de la cavité de l'œuf, que l'utérus était, suivant la règle, incliné de ce côté et que la plus volumineuse moitié du fœtus débordait, avec elle, le plan médian.



Fig. 3.

Il se passe, pour le fœtus, le contraire de ce qui se passe pour le Placenta. Celui-ci empiète à peine de quelques centimètres sur la paroi postéro-latérale droite. Au droit du bord inférieur de la 5e lombaire on aperçoit, à égale distance des bords supérieur et inférieur du Placenta, un peu à droite du plan médian, tout près du bord droit du gâteau, et dans une situation *excentrique* par conséquent, l'insertion du cordon (*C*, fig. 3).

On retrouve, en bas et en avant, la coupe des membranes décollées de la paroi antérieure du segment inférieur; pour les mettre en évidence, et pour bien montrer la limite supérieure du décollement (indiqué par une flèche à pointe basse sur la fig. 3) qui correspond au sommet de la vessie, on a glissé au-dessous des membranes un fragment d'allumette. Le bout profond de cet index réapparait à nu, à quelques millimètres à droite du plan médian, dans la brèche faite, à la droite du pôle inférieur de l'œuf, par la déchirure artificielle des membranes.

Cette brèche, elliptique, à grand diamètre oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, a des

contours irréguliers; il est aisé de se rendre compte (fig. 3) que les bords de l'orifice amniotique (*a'a'a'*) et ceux de l'orifice chorial (*ch*) ne se correspondent pas.

Dans la moitié postéro-gauche de l'ellipse le rebord de l'orifice membraneux est très voisin du bord du placenta, à 1 centimètre. On comprend, en examinant cette planche, comment on peut diagnostiquer rétrospectivement la situation basse du délivre, par la mensuration des membranes.

La déchirure des membranes a été trop timidement faite; elles sont rompues mais *non largement déchirées.* La pièce montre bien la persistance de la presque totalité du pôle inférieur membraneux. Le pont membraneux amnio-chorial, dont on voit l'extrême droite soulevée par l'allumette, aurait continué, au cours de la dilatation, à exercer, sous la poussée de la tête, ses tractions malfaisantes sur la languette placentaire en voie de décollement.

Pour qu'en pareil cas la déchirure des membranes soit efficace et permette le déjettement latéral et la compression de la languette décollée contre la paroi utéro-pelvienne postérieure, il faut faire sauter la totalité de ce pont membraneux et prolonger la déchirure bien au-delà du plan médian, à droite et à gauche. Rien n'eut été plus facile dans le cas particulier.

Planche III.

ATTITUDE DU FŒTUS

C'est la moité gauche de la coupe. On y a d'abord réintégré le segment fœtal qui en avait été extrait pour l'exécution de la planche I et dont les planches V et VI montrent la tranche et la surface.

Sur la tranche (V), remise en place, on a exactement réappliqué le segment fœtal extrait de la moitié droite. Le fœtus apparaît ainsi nettement dans son attitude et ses rapports.

Il s'agit d'une présentation du sommet, en position gauche, variété à peine oblique antérieure; il est à remarquer que si la tête est peu oblique, l'orientation du tronc est franchement antérieure gauche. Nous avons là une nouvelle preuve de l'indépendance relative du tronc et de la tête que permet la mobilité du cou.

La flexion est parfaite. Et pourtant la tête ne s'engage pas! C'est qu'elle repose sur le pubis, qui la porte, par son pariétal droit, dont la bosse déborde de 10 millimètres la face antéro-supérieure du pubis. L'oreille droite a son conduit auditif à 7 centimètres au-dessus du pubis; l'épaule correspondante, qui s'imprime dans la joue, est à 9 centimètres au-dessus du même point.

La bosse pariétale gauche (postérieure) fait face à la 2[e] sacrée dont elle est éloignée de 35 millimètres; elle est donc engagée; tout le pariétal postérieur l'est d'ailleurs. L'oreille postérieure correspond à l'encoche sacro-iliaque gauche; elle entre dans le bassin.

La bosse séro-sanguine est sur le pariétal postérieur; elle correspond à l'embouchure évasée du canal cervical; elle est très marquée. Comme le fœtus était mort à l'arrivée, comme la femme n'a d'autre part survécu que quelques instants à la rupture des membranes, il est manifeste que cette bosse séro-sanguine s'est formée, *avant la rupture des membranes,* dans toute la partie de la tête correspondant à la poche placento-membraneuse.

En résumé la tête est *asynclitique* et son asynclitisme, ici comme dans les coupes antérieurement publiées ou étudiées par Pinard et Varnier (1), est postérieur. La suture sagittale est en avant de l'axe du détroit supérieur, à 3 centimètres de la paroi pelvienne antérieure, à 7 centimètres de la paroi pelvienne postérieure. Trois doigts séparent le versant postérieur de la tête du plancher coccy-sacré.

On se rend bien compte sur cette préparation (et sur la planche II) de l'obstacle opposé à la correction de cet asynclitisme (c'est-à-dire à l'engagement par translation en arrière du pariétal postérieur) par l'insertion du Placenta sur le segment inférieur, nous entendons l'insertion *postérieure.*

(1) *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique,* p. 61 à 82, fig. 4 à 17, planches XXX à XXXIX, grand in-folio, Paris 1892, G. Steinheil, édit. — H. Varnier, *De l'attitude de la tête au détroit supérieur et du mécanisme de son engagement,* XII[e] Congrès international des Sciences médicales, Moscou, août 1897. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* nov. 1897, p. 442.

Ce n'est pas, on le voit sur la planche I, en rétrécissant le diamètre utile du détroit supérieur, que l'insertion vicieuse gêne l'engagement : c'est la portion intra-pelvienne du Placenta qui fait obstacle en effaçant, en comblant la concavité sacrée, en transformant ce bassin normal en la pire des variétés de bassin canaliculé.

Mais on comprend aussi que si ce coussin præ-sacré peut suffire à maintenir la tête élevée pendant la grossesse, il ne saurait résister bien énergiquement à la poussée de la tête vigoureusement actionnée par les contractions du travail. Pour peu que les membranes qui l'attirent en avant soient alors largement déchirées, l'aplatissement du rectum va permettre à l'épaississement utéro-placentaire de s'accoler à la paroi pelvienne postérieure. Le pariétal postérieur qui le chasse va pouvoir du même coup se rapprocher de 3 centimètres de cette même paroi. Il suffira dès lors que la languette prævia se laisse écraser à son tour contre la paroi sacrée (*écrasement idéalement hémostatique*) pour que la bosse pariétale postérieure puisse enfin reculer de la quantité nécessaire à l'engagement de la bosse pariétale antérieure.

Cette même planche permet de juger une fois de plus la fausseté de la doctrine de la coïncidence des axes fœtal, utérin et pelvien. Vous voyez bien que l'axe de la tête fœtale, l'occipito-mentonnier, fait avec le tronc un angle ouvert en arrière; il en est de même des portions intra-pelvienne et intra-abdominale de l'utérus.

Le corps de l'utérus, comme le tronc du fœtus, sont en inclinaison postérieure, en rétroversion par rapport à l'axe du détroit supérieur.

L'axe de la tête croise moins obliquement, mais pourtant fortement, l'axe du détroit supérieur.

Planche IV.

C'est la moitié droite de la coupe, déjà représentée planche II. Mais le fœtus, dont on aperçoit



Fig. 4.

Le fœtus vu d'avant, comme il le serait après excision des parois antérieures de l'abdomen et de l'utérus. La ligne de coupe passe en arrière de l'oreille antérieure et par le sommet du genou gauche fléchi. A votre gauche est le segment principal du fœtus, celui qui occupait la moitié droite de la coupe. La face regarde à droite et le dos en avant et à gauche. (1/3 de grandeur naturelle).

la tranche, est encore en place. Voyez sur la figure 4 la ligne de coupe, et rendez-vous compte que c'est la coupe du genou gauche fléchi qui se trouve au fond de l'utérus.

La substance cérébrale a été enlevée pour montrer la faux, repère de la suture sagittale, et le creux des bosses pariétales.

En construisant le plan et l'axe du détroit supérieur, vous constaterez que la suture sagittale est en avant de l'axe, à 35 millimètres du sous-pubis, à 65 millimètres de la paroi sacrée.

Notez l'épaississement du cuir chevelu produit par la bosse séro-sanguine (7 millimètres) au droit du pariétal postérieur engagé.

Planche V.

C'est la tranche du segment fœtal contenu dans la moitié gauche de la coupe représentée planche I. Les détails sont plus nets que sur la tranche droite (représentée planche IV), en particulier pour la bosse séro-sanguine. Il n'y manque, pour qu'on puisse la superposer à la tranche droite, que le sommet détaché du genou. Vous pouvez, à l'aide d'un calque, le remettre en place dans la planche I. On l'a enlevé pour laisser voir en retrait la pointe du coude gauche (qu'il touchait). A celle-ci fait suite l'avant-bras que l'on voit jusqu'au point de rencontre (où se loge la main) de la région sous-maxillaire avec la paroi antérieure du thorax. (Voyez planche VI.)

On a bien la notion de la torsion de la tête (transversale) sur le tronc (oblique antérieur) notée déjà sur la planche III).

Planche VI.

C'est, vu de gauche (comme si on le voyait à travers le flanc gauche de la femme), le segment fœtal dont on distingue la coupe sur la planche précédente. La bosse séro-sanguine apparaît en plein sur le pariétal postérieur (pariétal gauche).

Planche VII.

C'est, extrait de la moitié droite de la coupe, et vu de droite (comme il l'est en ronde bosse sur la planche III), le segment fœtal le plus volumineux. Vous pouvez, plus nettement que sur la planche III, délimiter la bosse séro-sanguine du pariétal gauche, et juger du degré de flexion. Il est tel que le genou droit n'est séparé de l'œil gauche que par le poignet fléchi.

Vous voyez très bien également que la face regarde presque directement à droite, tandis que le tronc a son plan ventral orienté à droite et très en arrière. Le fœtus, ainsi réduit, ne mesure que 25 centimètres du vertex à la fesse gauche (culmen). Il pèse, sans substance cérébrale et déshydraté par l'alcool : 2,120 grammes.

Les principaux diamètres de la tête sont : bi-pariétal, 90; occipito frontal, 115 millimètres; occipito-mentonnier, 125 millimètres. Circonférence sous-occipito-frontale, 33 centimètres.

COUPE SECONDAIRE

La section médiane, verticale, antéro-postérieure, ayant passé à 1 centimètre environ à droite du canal cervical, nous avons fait, sur la moitié gauche, une coupe secondaire suivant le tracé 1 à 10 de la figure 2 (p. 4).

La planche III montre à la fois la brèche produite sur le segment pelvien de l'utérus par cette coupe secondaire et sa tranche gauche vue de droite.

La figure 5 ci-contre en représente la tranche droite agrandie, vue de gauche et redressée. Il suffit de la retourner en l'inclinant pour remettre en place par la pensée, sur la planche III, le fragment ainsi séparé dont l'épaisseur moyenne est de 10 millimètres.

Vue de gauche et redressée (figure 5), cette tranche droite montre comme annexes, outre un fragment du rectum (*R*), le fond du cul-de-sac de Douglas (*D*) empiétant sur la paroi postéro-inférieure du vagin (*Va*), le cul-de-sac postérieur du vagin (*C.p. Va*), une portion de la vessie.

Dans le col, dont la lèvre postérieure de la portion vaginale se voit nettement, on a introduit une allumette. Une des extrémités de cet index réapparaît dans la portion sus-vaginale effacée (*Oi, Oi*), au-dessous de la languette placentaire décollée et en voie d'engagement.



Fig. 5.

Tranche droite, vue de gauche et agrandie, de la coupe secondaire portant sur la moité gauche de la coupe médiane et dont le tracé est figuré sur la fig. 2, p. 4.— *P.u,* paroi antérieure de l'utérus. — *M,* membranes y adhérentes.— *Pe,* surface péritonéale.

Vous voyez bien que le Placenta est resté adhérent à la paroi postérieure du segment inférieur, jusqu'à l'orifice interne *Oi*. Les lettres *P, P, P, P,* marquent la limite entre la caduque placentaire, creusée d'énormes sinus (*S, S*), et la paroi musculaire où l'on en voit également quelques-uns mais plus petits.

A partir de *Oi* jusqu'en x on reconnaît (faisant face à la paroi antérieure effacée de la portion sus-vaginale du col dont *Oi* marque la limite supérieure) la languette de Placenta décollée de la paroi antérieure du segment inférieur. Du fait de la béance de la portion sus-vaginale, cette languette se

présente maintenant à nu dans l'orifice profond. On distingue la portion maternelle, déciduale, creusée de ses sinus (source de l'hémorragie *S*) sous forme d'une mince bande, plus claire que la portion fœtale, et qui se termine en pointe en *x*. Là commence (en *Vf'*) la face fœtale du Placenta dont les vaisseaux ombilicaux béants sont aisés à reconnaître (*Vf, Vf,* etc.). Il est donc probable qu'une portion au moins des membranes décollées (*M'*), que l'on voit tendues sous forme de bride, de *a* en *SC* (veine circulaire), ont été violemment séparées de la face fœtale du Placenta dans l'étendue de 15 millimètres. Il est dès lors facile de se convaincre que c'est par glissement que la languette du Placenta, décollée de la paroi antérieure du segment inférieur, au-dessus de *Oi,* se trouve actuellement répondre à l'évasement du canal cervical.

C'est probablement une disposition de ce genre, mal interprétée, qui a fait admettre par certains auteurs l'insertion *cervicale* du Placenta.

COUPE MICROSCOPIQUE

La figure 6 ci-jointe est la reproduction, en similigravure, d'une photomicrographie (à un grossisse-



Fig. 6.

Va, Va, Va, vagin. — *C.p,* son cul-de-sac postérieur. — *M.V,* muqueuse de la paroi postéro-inférieure du vagin dont une bande sombre marque l'épithélium. — *C.r.v.,* cloison recto-vaginale dissociée. — *V,* vaisseaux.

Ec, Ec, épithélium cervical du museau de tanche. En *L,* à 2 centimètres du cul-de-sac postérieur, cet épithélium cylindrique fait place à l'épithélium pavimenteux du vagin. — *g, g, g,* glandes cervicales.

C, C, canal cervical, portion non effacée. — *P.C,* portion effacée. — *Oi,* orifice interne et point de séparation des portions adhérentes et décollées du Placenta *Pl.*

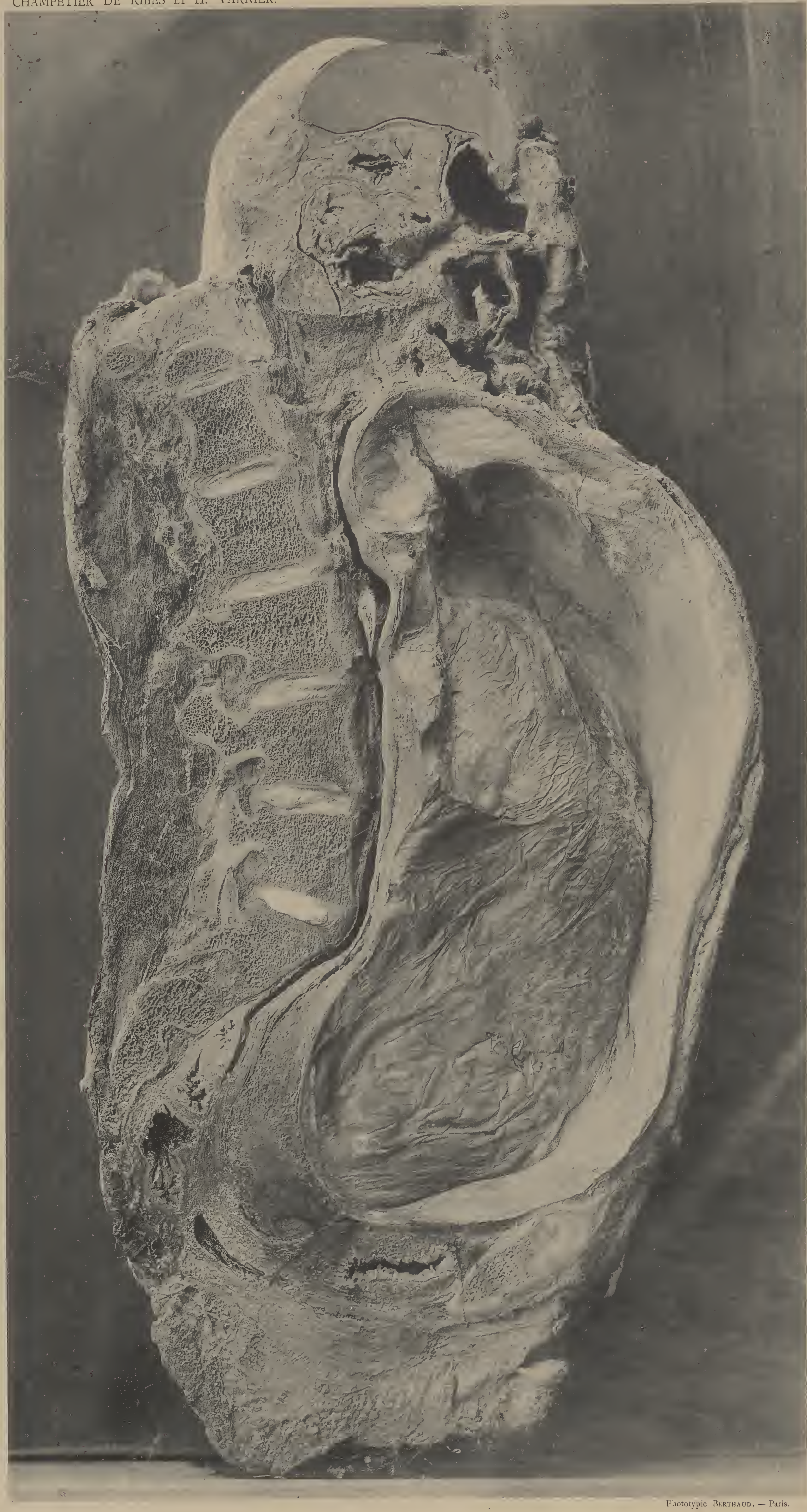
Ser, portion maternelle, adhérente, du Placenta. Sérotine.

Si, Si, sinus de la sérotine. Un de ces sinus, très volumineux et béant, occupe presque toute l'épaisseur de la portion décollée, *C''.p,* de la caduque placentaire. Notez la minceur de sa paroi libre et comprenez que par l'ouverture d'un semblable sinus puisse, en quelques instants, se faire une hémorragie mortelle. Car le sang vient à flots de l'espace intra-placentaire *Pl* où il est versé sans arrêt par toutes les bouches de la sérotine intacte.

ment de 3 diamètres 1/2) d'une coupe des portions non effacée et effacée du col et de la portion attenante du Placenta représentés dans la figure 5.

La description de la figure 5 nous dispense d'insister davantage. La légende explicative suffira pour éclairer le lecteur.

Paris. — Imprimerie VAUTHRIN FRÈRES, rue des Archives, 61.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Coupe juxta médiane, verticale, antéro-postérieure (moitié gauche vide du fœtus).

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Coupe juxta médiane, verticale, antéro-postérieure (moitié droite vide du fœtus).

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Coupe juxta médiane, verticale, antéro-postérieure — moitié gauche déjà représentée sur la *Planche I*, et sur laquelle on a rapporté le segment du fœtus extrait de la moitié droite.

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Coupe juxta médiane — moitié droite, déjà représentée *Planche II*, fœtus en place.

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Surface de coupe du segment fœtal contenu dans la moitié gauche
de la coupe représentée *Planche I.*

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Le segment fœtal dont on voit la coupe sur la *Planche V*, extrait de la moitié gauche de la coupe et vu de gauche.

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

CHAMPETIER DE RIBES ET H. VARNIER.



Phototypie BERTHAUD. — Paris.

Le segment fœtal extrait de la moitié droite de la coupe et vu de droite.

GEORGES STEINHEIL, éditeur.

